

Diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem em pacientes com esclerose múltipla

Diagnósticos, resultados e intervenciones de enfermería en pacientes con esclerosis múltiple

Diagnositics, results and nursing interventions in patients with multiple sclerosis

Thatiane Monick de Souza Costa,^I Vinicius Lino de Souza Neto,^I Mariana Melo da Cruz Domingos,^I Bárbara Coeli Oliveira da Silva,^I Rosângela Vidal de Negreiros,^{II} Richardson Augusto Rosendo da Silva^I

^I Universidade Federal do Rio Grande do Norte/UFRN. Brasil.

^{II} Universidade Federal de Campina Grande - UFCG. Brasil.

RESUMO

Introdução: A esclerose múltipla (EM) é uma Doença desmielinizante de etiologia autoimune, e está entre as principais causas de incapacidade neurológica não traumática nos adultos jovens.

Objetivo: Identificar os principais diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem e validar uma proposta de plano de cuidados para pacientes com Esclerose Múltipla.

Métodos: Estudo metodológico, realizado com 16 enfermeiros especialistas e 68 pacientes em uma unidade de Neurologia de um Hospital Escola, seguindo quatro etapas: elaboração dos Diagnósticos de Enfermagem; proposta inicial de resultados e intervenções de enfermagem; elaboração de um plano de cuidados; validação do plano por especialistas. Para a análise da concordância aplicou-se a escala do Coeficiente Kappa.

Resultados: Identificou-se quatro diagnósticos com frequência acima de 50 %, elencou-se quatro resultados de enfermagem e foram propostas 14 intervenções que alcançaram índice de concordância $\geq 0,8$ entre os experts.

Conclusão: O estudo permitiu identificar os diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem para aplicação na prática clínica, além de validar a proposta do plano de cuidados para pacientes com Esclerose Múltipla.

Palavras chave: diagnóstico de enfermagem; esclerose múltipla; processos de enfermagem; estudo de validação.

ABSTRACT

Introduction: Multiple sclerosis (MS) is a demyelinating disease of autoimmune etiology and is one of the main causes of non-traumatic neurological disability in young adults.

Objective: To identify the main nursing diagnoses, results and interventions and to validate a proposal for a care plan for patients with multiple sclerosis.

Methods: A methodological study, carried out with 16 specialist nurses and 68 patients in a Neurology unit of a School Hospital, following four stages: elaboration of Nursing Diagnoses; Initial proposal of results and nursing interventions; Preparation of a care plan; Validation of the plan by specialists. Kappa coefficient scale was used to analyze the agreement.

Results: Four diagnoses were identified with frequency above 50 %, four nursing outcomes were listed and 14 interventions were proposed that reached a concordance index ≥ 0.8 among the experts.

Conclusion: The study allowed to identify nursing diagnoses, results and interventions for application in clinical practice, in addition to validating the proposal of the care plan for patients with Multiple Sclerosis.

Keywords: Nursing diagnosis; multiple sclerosis; nursing process; validation study.

RESUMEN

Introducción: la esclerosis múltiple es una enfermedad desmielinizante de etiología autoinmune y está entre las principales causas de incapacidad neurológica no traumática en los adultos jóvenes.

Objetivo: identificar los principales diagnósticos, resultados e intervenciones de enfermería y validar una propuesta de plan de cuidados para pacientes con esclerosis múltiple.

Métodos: estudio metodológico realizado con 16 enfermeros especialistas y 68 pacientes en una unidad de Neurología de un Hospital Escuela, siguiendo cuatro etapas: elaboración de los Diagnósticos de Enfermería; Propuesta inicial de resultados e intervenciones de enfermería; Elaboración de un plan de cuidados; Validación del plan por expertos. Para el análisis de la concordancia se aplicó la escala del Coeficiente Kappa.

Resultados: se identificaron cuatro diagnósticos con frecuencia por encima del 50 %, se enumeraron cuatro resultados de enfermería y se propusieron 14 intervenciones que alcanzaron índice de concordancia $\geq 0,8$ entre los expertos.

Conclusión: el estudio permitió identificar los diagnósticos, resultados e intervenciones de enfermería para aplicación en la práctica clínica, además de validar la propuesta del plan de cuidados para pacientes con esclerosis múltiple.

Palabras clave: diagnóstico de enfermería; esclerosis múltiple; proceso de enfermería; estudio de validación.

INTRODUÇÃO

A esclerose múltipla (EM) é uma Doença desmielinizante de etiologia autoimune, e está entre as principais causas de incapacidade neurológica não traumática nos adultos jovens. Apesar disso, são escassas as informações sobre sua epidemiologia, assim como a disponibilidade de recursos e serviços para o atendimento desses pacientes na maior parte do mundo.¹⁻³

Segundo censo realizado pela Federação Internacional de Esclerose Múltipla, com apoio da Organização Mundial de Saúde (OMS), realizado em 2008 e atualizado em 2013, o número estimado de pessoas com EM aumentou de 2,1 milhões em 2008 para 2,3 milhões em 2013. A prevalência média global usada para calcular este valor tinha aumentado de 30, em 2008, para 33 por 100 mil, em 2013, com destaque para os países da América do Norte e Europa, cujo número de casos supera os 100 por 100 mil indivíduos. Já na América do Sul, o Brasil se apresenta como o segundo lugar na prevalência da doença, com uma taxa de 15 casos para cada 100.000 habitantes.⁴

Este aumento foi atribuído possivelmente à melhoria nos métodos diagnósticos, ao aumento da sobrevivência dos pacientes e até a um crescimento na incidência da doença.² O censo ainda observou uma disparidade na estrutura de atendimento à esclerose múltipla nas diferentes regiões do mundo. Enquanto nos países desenvolvidos há uma média de 4,7 neurologistas para cada 100 mil habitantes, nos países de baixa renda esse número cai para 0,04. O mesmo acontece com a disponibilidade de recursos diagnósticos, como a ressonância nuclear magnética, e com o acesso ao tratamento, que estão diretamente relacionados à categoria de desenvolvimento de cada nação.³

As formas de tratamento da EM, com o desenvolvimento da nanotecnologia são progressivas e tentam atenuar a doença. Desse modo os tipos de terapêuticas podem ser tradicionais, com o uso de glicocorticoides e imunomoduladores, ou mais avançadas como o uso da terapia combinada entre as estatinas e os fingolimode. Existem, ainda, os métodos alternativos e complementares, como o uso de Vitamina D, fisioterapia e terapia ocupacional.⁴

O paciente com EM demanda assistência multiprofissional devido à complexidade da doença e do tratamento. Nesse contexto, o enfermeiro pode promover uma assistência individualizada, integral e humanizada, por meio do Processo de Enfermagem, que direciona o cuidado de enfermagem, facilitando a adaptação do paciente e de sua família à doença e ao tratamento.⁵

O Processo de Enfermagem (PE) é caracterizado como uma prática sistemática que tem como objetivo aperfeiçoar, otimizar a praticidade da assistência de enfermagem, proporcionando uma linguagem homogênea a partir da identificação das necessidades prioritárias, obtendo-se como resultado a melhoria da qualidade

assistencial e de vida das pessoas com EM, como também a documentação das ações e intervenções de enfermagem. Para isso, o processo é composto por fases que estão interrelacionadas, interdependentes e recorrentes, sendo estas: investigação, Diagnóstico de Enfermagem, planejamento, implementação e avaliação.⁶

O diagnóstico, os resultados e as intervenções de enfermagem fazem parte dos elementos essenciais da prática do enfermeiro, e a identificação desses elementos representam um relevante instrumento no processo de sistematização da assistência de enfermagem no atendimento aos indivíduos portadores de EM, o qual poderá dimensionar as fragilidades e potencialidades do processo de cuidar de enfermagem á pessoas com EM, como também aperfeiçoar os saberes frente a relação da Enfermagem e a EM no âmbito científico.⁷

Assim, para respaldar e justificar a realização do presente estudo procedeu-se previamente a busca por produções científicas acerca dessa temática nas bases de dados informatizadas da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS): Literatura Latino-Americana e do Caribe (Lilacs) e Literatura Internacional em Ciências da Saúde e Biomédica (Medline); SCOPUS e CINAHL. Verificou-se predominância de estudos voltados ao modelo clínico-individual de pacientes com Esclerose Múltipla, com desenhos do tipo caso-controle (Morrison; Stuijbergen, 2014), ensaio clínico (Olascoaga, 2010) e abordagem quantitativa (Filippi; Rocca, 2010).

No entanto, constatou-se uma lacuna quanto a produções científicas relacionadas à elaboração de planos de cuidados para pacientes com EM, validado por experts. Desse modo, considera-se relevante conhecer as reais necessidades clínicas dos pacientes com EM, para que assim, seja estruturada uma assistência sistemática, acolhedora e humanizada.

A partir da lacuna de conhecimentos identificados sobre o assunto, questiona-se: Quais as necessidades de cuidados de pacientes com Esclerose Múltipla? Quais os problemas de enfermagem e as principais necessidades de cuidado identificadas em pacientes com esclerose múltipla? Assim, este estudo teve como objetivo identificar os principais diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem e validar uma proposta de plano de cuidados para pacientes com Esclerose Múltipla.

MÉTODOS

Estudo metodológico, com abordagem quantitativa realizado com especialistas e pacientes da unidade de neurologia de um Hospital Escola, no nordeste do Brasil. A trajetória metodológica foi realizada em quatro etapas: elaboração dos Diagnósticos de Enfermagem; proposta inicial de resultados e intervenções de enfermagem; elaboração de um plano de cuidados; validação do plano por especialistas.

Na primeira etapa realizou-se o cálculo amostral à partir da média aritmética de atendimentos de pacientes com EM entre o período de 2009 à 2013, chegando a 200,2 pacientes ao ano. Assim, adotou-se a fórmula para as populações finitas, que leva em consideração o nível de confiança, o erro amostral (5 %), o tamanho da população (200,2)⁸ e a prevalência de 0,001 %. Entretanto, para estimativa do tamanho da amostra, considerou-se a prevalência de 1 %, com o intuito de aumentar o tamanho da mesma, conforme revela a fórmula para populações finitas:

$$Z_{\alpha/2}^2$$

n: tamanho da amostra; nível de confiança, e: erro amostral; p: proporção; N: tamanho da população.

Após a aplicação da fórmula encontrou-se a amostra do estudo que foi de 78 pessoas com EM. A seleção foi por conveniência de forma consecutiva, adotando os seguintes critérios de inclusão: ter diagnóstico médico de EM; estar em tratamento hospitalar ou ambulatorial no setor de neurologia; e ter idade maior ou igual a 18 anos. Foram excluídos da pesquisa participantes que apresentavam além da EM, outras comorbidades que pudessem interferir no perfil das respostas humanas desses pacientes.

O período de coleta de dados foi de janeiro a agosto de 2014, sendo utilizado um roteiro de anamnese e exame físico de enfermagem que contemplava as características sociodemográficas, clínica e comportamentais. O instrumento foi elaborado por meio de uma revisão integrativa realizada por um grupo de pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, composto por mestres e doutores em enfermagem.

Logo após a sua estruturação, o conteúdo do instrumento passou por um processo de normalização e validação por oito enfermeiros docentes, especialistas em Sistematização da Assistência de Enfermagem, elegidos pelos critérios de Fehring,⁹ conforme mostra o quadro 1.

Quadro 1. Critérios para seleção de especialistas proposto por Fehring

CRITÉRIOS	PONTUAÇÃO
Titulação em Mestre em Enfermagem	4
Titulação em Mestre em Enfermagem com dissertação direcionada ao conteúdo relevante ao diagnóstico em estudo.	1
Publicação de artigo sobre diagnóstico de enfermagem em periódicos de referência	2
Artigo publicado sobre diagnóstico de enfermagem e com conteúdo relevante à área em foco	2
Doutorado versando sobre diagnóstico de enfermagem	2
Experiência clínica de pelo menos um ano na área do diagnóstico em estudo	1
Certificado de prática clínica relevante à área do diagnóstico em estudo	2

Assim, as sugestões apontadas pelos especialistas foram contempladas no estudo e adaptas conforme a realidade. Para maior fidedignidade, realizou-se um pré-teste com 10 % da amostra, para que assim fossem identificadas as possíveis lacunas, ao qual não obteve necessidade de modificações.

Logo após, na segunda etapa, foi realizado a elaboração dos diagnósticos de enfermagem que foi do tipo processual, sendo elaborados simultaneamente com a coleta de dados, buscando assim, identificar as características definidoras e os fatores relacionados/risco de acordo com a NANDA-I, versão 2012-2014. Os

pacientes foram avaliados pelos autores do presente estudo e para a estruturação dos diagnósticos de enfermagem seguiu-se as etapas do julgamento clínico de Gordon.¹⁰

Após essa etapa os resultados obtidos passaram por processo de revisão de forma pareada entre os autores, para assegurar um julgamento consensual, objetivando, assim, maior acurácia.

Em seguida, foi elaborado um banco de dados contendo os respectivos diagnósticos de enfermagem, características definidoras, fatores relacionados e/ou fatores de risco em uma planilha do programa da *Microsoft Office, o Excel 2009*. Assim, decorrente da grande quantidade de diagnósticos, características definidoras, fatores relacionados e/ou fatores de risco optou-se por elaborar os resultados e intervenções de enfermagem para aqueles que obtiveram uma frequência acima de 50 %.

Assim, após os resultados encontrados deu-se início a segunda etapa do processo metodológico, a elaboração dos resultados e intervenções de enfermagem. Assim, tomou-se por base a experiência clínica dos pesquisadores e as sugestões das classificações da *Nursing Interventions Classification (NIC)* e *Nursing Outcomes Classification (NOC)*. Após essa etapa, deu-se início a terceira etapa do processo realizado pelos pesquisadores do estudo, elaborou-se um plano de cuidados contendo os respectivos diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem inerente a clínica do paciente com EM. A estruturação foi realizada de forma conjunta entre os pesquisadores, um doutor, três mestres e duas graduadas (egressas), a qual primou-se por ações e intervenções de enfermagem inerente a situação clínica da pessoa com EM.

Por fim, na quarta etapa do processo, a proposta do plano de cuidados foi encaminhada em forma de planilha para oito enfermeiros especialistas elegidos conforme os critérios supradescritos, os quais concordaram em participar do estudo, por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Assim, a planilha com os dados que contemplava o nível de concordância entre os enfermeiros especialistas frente às afirmativas de resultados/indicadores e intervenções/atividades, foram compilados e processados pelo programa IBM SPSS Statistic versão 20.0 for Windows, sendo realizada a aplicação do teste Kappa, adotando-se a seguinte classificação: 0= pobre; 0 a 0,20= fraca; 0,21 a 0,40= provável; 0,41 a 0,60= moderada; 0,61 a 0,80= substancial e 0,81 a 1,00= quase perfeita. Então, foram consideradas validadas os resultados e intervenções que alcançaram um índice de concordância (IC) $\geq 0,80$.

Nesse sentido, a pesquisa atendeu aos preceitos éticos de pesquisa envolvendo seres humanos com parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), conforme o Parecer: nº 267.215 e com Certificado de Apresentação para Apreciação Ética nº 11984212.4.0000.553.

RESULTADOS

Participaram do estudo 78 pacientes, a maioria era do sexo feminino (84 %), com faixa etária entre a mínima de 20 anos e máxima de 40 anos, média de 30,4 anos,

casados (62 %), com o ensino fundamental completo (72 %), renda de um até dois salários mínimos (57,2 %), brancos (60 %) e procedentes do interior do Estado (75 %). Na tabela 1, os 11 Diagnósticos de Enfermagem identificados nos pacientes com Esclerose Múltipla foram distribuídos com suas respectivas Características definidoras à partir das frequências e percentuais.

Tabela 1. Distribuição dos percentuais dos Diagnósticos de Enfermagem e suas características definidoras em pacientes com Esclerose Múltipla, Natal, RN

Diagnósticos de Enfermagem	f	%	Características Definidoras	f	%
Mobilidade física prejudicada	78	100,00	Amplitude limitada de movimento	48	61,53
			Capacidade limitada para desempenhar as habilidades motoras finas	41	52,56
			Capacidade limitada para desempenhar as habilidades motoras grossas	37	47,43
Intolerância a atividade	58	74,35	Desconforto aos esforços	47	60,25
			Relato de fadiga	45	57,69
			Relato de fraqueza	36	46,15
Eliminação urinária prejudicada	51	65,28	Incontinência	49	62,82
			Frequência, urgência urinária	45	57,69
Memória prejudicada	44	56,41	Incapacidade de recordar eventos	42	53,84
			Incapacidade de reter novas informações	40	51,28
			Experiências de esquecimento.	38	48,71
Constipação	28	35,89	Fadiga generalizada	28	35,89
			Mudança no padrão intestinal	18	23,07
			Frequência diminuída	23	29,48
Enfrentamento ineficaz	28	35,89	Dificuldade para organizar informações	25	32,05
			Relato de incapacidade de enfrentamento	20	25,64
Controle familiar ineficaz do regime terapêutico	25	32,05	Falha em agir para reduzir fatores de risco	18	23,07
			Verbaliza dificuldade com o regime terapêutico	23	29,48
Dor crônica	23	29,48	Relato verbal de dor	15	19,23
			Atrofia do grupo muscular envolvido	23	29,48
Déficit no autocuidado para alimentação	23	29,48	Incapacidade de: levar os alimentos de um recipiente à boca	14	17,94
Padrão de sono prejudicado	20	25,64	Capacidade funcional diminuída	18	23,07
			Mudança no padrão normal de sono	15	19,23
Disfunção sexual	18	23,07	Limitações reais impostas pela doença	16	20,51
			Limitações reais impostas pela terapia	17	21,79
Diagnósticos de Enfermagem	f	%	Fatores relacionados	f	%

Mobilidade física prejudicada	78	100,00	Prejuízo neuromusculares	58	74,35
Intolerância a atividade	58	74,35	Fraqueza generalizada	58	74,35
Eliminação urinária prejudicada	51	65,28	Dano sensório-motor	51	65,38
Memória prejudicada	44	56,41	Distúrbios neurológicos	44	56,41
Constipação	28	35,89	Lesão neurológica	28	35,89
Enfrentamento ineficaz	28	35,89	Nível inadequado de percepção do controle	28	35,89
Controle familiar ineficaz do regime terapêutico	25	32,05	Complexidade do regime terapêutico	25	32,05
Dor crônica	23	29,48	Incapacidade física	23	29,48
Déficit no autocuidado para alimentação	23	29,48	Prejuízo neuromuscular	23	29,48
Padrão de sono prejudicado	20	25,64	Interrupções	20	25,64
Disfunção sexual	18	23,07	Função corporal alterada	18	23,07

Na tabela 2, os 11 Diagnósticos de Enfermagem identificados nos pacientes com Esclerose Múltipla foram distribuídos com seus respectivos Fatores relacionados à partir das frequências e percentuais.

Com base nos diagnósticos que apresentaram uma frequência acima de 50 %, sendo estes mobilidade física prejudicada, intolerância a atividade, eliminação urinária prejudicada, memória prejudicada foram levantadas as respectivas intervenções e resultados de enfermagem. Assim, entre os nove resultados de enfermagem enviados para os especialistas, quatro obtiveram um IC $\geq 0,8$. Já em relação às intervenções, 35 foram enviadas para validação e apenas 14 apresentaram o IC $\geq 0,8$. Dessa forma, o plano de cuidados foi composto por quatro DE, quatro resultados e 14 intervenções de enfermagem, os quais alcançaram IC $\geq 0,8$ entre os enfermeiros experts, revelado no quadro 2.

Quadro 2. Proposta do plano de cuidados para pacientes com Esclerose Múltipla. Natal, RN

Diagnóstico de Enfermagem	Resultados Esperados	Intervenção de Enfermagem
	IC $\geq 0,8$	IC $\geq 0,8$
Mobilidade física prejudicada	1. Mobilidade	1. Incorporar as atividades da vida diária (ADL) ao protocolo de exercícios, se apropriado; 2. Ajudar o paciente a elaborar um protocolo de exercícios para força, resistência e flexibilidade; 3. Empregar as atividades motoras que exijam atenção e uso dos dois lados do corpo.
Intolerância a	2. Tolerância a atividade	4. Determinar os níveis de aptidão

<p>atividade</p>		<p>muscular utilizando testes físicos de campo ou em laboratório;</p> <p>5.Ajudar a fixar metas realistas em curto e longo prazo e a se apropriar do plano de exercícios;</p> <p>6.Auxiliar a elaborar um programa de treinamento da força coerente com o nível de aptidão muscular, os limites musculoesqueléticos, as metas de saúde funcional, os recursos necessários para equipamento dos exercícios.</p>
<p>Eliminação urinária prejudicada</p>	<p>3.Eliminação urinária</p>	<p>7.Monitorar a eliminação urinária, inclusive frequência, consistência, odor, volume e cor, conforme apropriado;</p> <p>8.Orientar o paciente/família a registrar o débito urinário, conforme apropriado;</p> <p>9.Identificar os fatores que contribuem para os episódios de incontinência;</p> <p>10.Orientar o paciente a monitorar o aparecimento de sinais e sintomas de Infecção do Trato Urinário (ITU).</p>
<p>Memória prejudicada</p>	<p>4.Cognição</p>	<p>11.Proporcionar uma recordação no âmbito da memória através de fotografias e gravuras, conforme apropriado;</p> <p>12.Estimular a memória pela repetição do último pensamento que o paciente expressou, conforme apropriado;</p> <p>13.Dar oportunidade para uso da memória de eventos recentes;</p> <p>14.Recordar experiências passadas com o paciente, conforme apropriado.</p>

DISCUSSÃO

A estratégia de estabelecer uma padronização de um plano de cuidados voltado ao paciente com EM é uma ferramenta necessária para alicerçar a prática clínica do enfermeiro, pois subsidia tanto o estabelecimento das intervenções de enfermagem quanto à avaliação propriamente dita. Além disso, o enfermeiro, ao planejar a assistência, garante sua responsabilidade junto ao paciente com EM assistido, uma vez que o planejamento permite priorizar as reais necessidades do cliente, a prescrição adequada dos cuidados, orienta a supervisão do desempenho dos profissionais de enfermagem e avalia os resultados e a qualidade da assistência.⁶

Nesse sentido é válido destacar que o DE mobilidade física prejudicada esteve presente em 100 % dos pacientes. A dificuldade de deambular decorre do processo crônico degenerativo da EM, pois com a destruição da mielina, membrana que ajuda a propagar o impulso nervoso, as terminações nervosas não recebem o estímulo e assim, não consegue estimular o sistema muscular. A EM avançada pode levar a pouca ou nenhuma mobilidade física, aumentando os riscos de prejuízo na integridade da pele, pneumonias, infecções do trato urinário (ITU), perda de densidade óssea e depressão.^{11,12}

O enfermeiro, dentre as intervenções úteis aos pacientes com EM deve auxiliar na execução de exercícios de forma ativa ou passiva, focados na reabilitação motora, como também na descompressão de áreas de proeminências ósseas, prevenindo atrofias, lesões e conseqüentemente favorecendo a manutenção da vida. Assim, em um estudo desenvolvido com pacientes que tinham alterações neurológicas percebeu-se que as intervenções de enfermagem supracitadas tiveram respostas positivas e acrescentou outras intervenções que possam ser desenvolvidas como a acupuntura, a balneoterapia, e a reflexologia podal.^{7,13}

O principal sintoma presente nos pacientes com o DE Intolerância a atividade que esteve presente em 74 % nos pacientes do estudo, foi à fadiga, pois afeta 87 % dos portadores de EM, e sendo considerada por 40 % desse grupo o sintoma mais incapacitante.¹⁴ A fadiga é definida por uma falta de energia física e mental que acarreta na intolerância à atividade. Estudos recentes indicam que determinados fatores como o grau de dano axônico, anemia, calor, depressão e medicações utilizadas para o tratamento da EM podem contribuir para o aumento da fadiga.^{13,15}

Essa sensação de cansaço iminente em paciente com EM decorre das alterações que ocorrem no sistema nervoso, e a via muscular por estar sem estímulo, produz uma alta concentração de ácido láctico, que pode acarretar quadros de hepatopatia, e nefropatia.¹⁵ Assim, percebe-se que a fadiga contribui para a restrição do paciente ao leito, colocando o paciente em risco para o desenvolvimento de úlcera por pressão, embolia pulmonar e trombose venosa profunda.⁷

Nesse sentido, pesquisadores pontuam que a qualidade de vida em pacientes com EM é a pior se comparada a outras doenças crônicas, após 10 anos do início da doença, os pacientes costumam apresentar dificuldades para executar tarefas de casa e funções de trabalho; após 15 anos, necessitam de ajuda para caminhar; passados 25 anos do início da doença e de cadeira de rodas, isso ocorre devido à progressão da desmielinização axonal com o passar dos anos, causando assim, danos irreversíveis.¹⁵

Por isso que as intervenções de enfermagem são primordiais a esses pacientes como a orientação para a suplementação por alimentos ricos em aminoácidos essenciais que contribuem para a recuperação da miosina muscular. Além dessas

intervenções o enfermeiro pode atuar encorajando o paciente a trabalhar e se exercitar, a realizar sozinho atividades da vida diária, ajudar o paciente a fixar metas de curto e longo prazo, dar instruções a respeito de períodos de repouso que devem ser curtos e frequentes.⁷

O DE eliminação urinária prejudicada estiveram presentes em 65 % dos pacientes. Esse DE é peculiar aos pacientes com EM, decorrente do processo de desmielinização que atinge o trato córtico-espinal lateral e a via retículo-espinal, tornando as disfunções miccional e esfinteriana comuns. Seus sintomas causam graves impactos na qualidade de vida dos pacientes, apresentando complicações, sobretudo nos estágios moderados e avançados da doença.^{16,17}

As disfunções miccionais representam um grave problema na EM, afetando desde a frequência miccional até a musculatura detrusora - esfinteriana. Os casos de incontinência variam de 37 % a 72 %, estando muitas vezes associado à hipocontratibilidade vesical. Neste cenário, o enfermeiro deve promover controle da hiperatividade detrusora, armazenamento e esvaziamento vesicais eficientes, preservação do trato urinário superior e diminuição das complicações decorrentes da disfunção miccional.¹⁷

Assim, o enfermeiro precisa também atentar para os sintomas de infecção do trato urinário, aconselhar o paciente a utilizar roupas fáceis de retirar no caso de incontinência urinária, observar frequência das eliminações vesicais, realizar a sondagem vesical de alívio (quando indicado) e orientar o paciente quanto ao auto cateterismo. Em pacientes impossibilitados de falar, deve-se observar inquietação, expressões faciais, incontinência urinária e irritabilidade, pois estes sinais podem indicar ITU ou outras infecções.^{7,16,17}

Outro DE frequente nos pacientes foi Memória prejudicada, provocado por lesões corticais que afetam o desempenho cognitivo, sendo que as medidas de atrofia cerebral correlacionam-se de forma moderada com os déficits.¹⁸

Assim, a carga lesional da substância branca afeta diretamente o desempenho em vários testes neuropsicológicos. Já a atrofia frontal esquerda associou-se ao compromisso da memória verbal/auditiva e a direita, ao compromisso da memória visual e memória de trabalho. Outros fatores inerentes a atrofia está no eixo talâmico que afeta o desempenho em testes de velocidade de processamento, memória de trabalho e memória visuoespacial.^{7,19}

Para os pacientes que apresentam déficits cognitivos, estratégias para reduzir as barreiras cognitivas devem ser utilizadas, como por exemplo: o uso de listas e lembretes, assistentes digitais e gestão do tempo com a ajuda de um terapeuta ocupacional.¹⁹

Conclui-se que a elaboração do plano de cuidados favorece a identificação das reais necessidades de cuidados aos doentes, e o planejamento da assistência de enfermagem, possibilitando a utilização de uma linguagem específica da área, garantindo uma comunicação clara, precisa e objetiva entre todos que compõem a equipe de enfermagem.

Acredita-se que o impacto proporcionado pelo estudo esteja voltado a proporcionar uma reflexão frente à aplicabilidade das práticas sistemáticas nos mais diversos âmbitos da assistência de enfermagem. Ademais, o estudo também proporcionou base para o ensino do diagnóstico de enfermagem, tanto aos enfermeiros do setor em questão como para alunos de graduação que fizeram parte. Por fim, as

limitações deste estudo consistem no fato da avaliação clínica ser um processo subjetivo, diante disso, o processo diagnóstico está sujeito a incertezas, trazendo implicações para os resultados esperados e intervenções específicas de enfermagem.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Feinstein A. The neuropsychiatry of multiple sclerosis. *Can J Psychiatry*. 2013;49(3):157-63.
2. Morrison JD, Stuijbergen AK. Outcome expectations and physical activity in persons with longstanding multiple sclerosis. *J Neurosci Nurs*. 2014;46(3):171-9.
3. Askari F, Ghajarzadeh M, Mohammadifar M, Azimi A, Sahraian MA, Owji M. Anxiety in patients with multiple sclerosis: association with disability, depression, disease type and sex. *Acta Med Iran*. 2014;52(12):889-92.
4. Heise CO. As voltas com o diagnóstico de autoimunidade. *Fleury Medicina e Saúde*. 2014;2(6):09-11.
5. Cerullo JASB, Cruz DALM. Raciocínio clínico e pensamento crítico. *Rev Latino-Am. Enfermagem*. 2010;18(1):180-6.
6. Almasalha F, Xu D, Keenan GM, Khokhar A, Yao Y, Chen J, et al. Data mining nursing care plans of end-of-life patients: a study to improve healthcare decision making. *Int J Nurs Knowl*. 2013;24(1):15-24.
7. Park H. Identifying Core NANDA-I Nursing Diagnoses, NIC Interventions, NOC Outcomes, and NNN Linkages for Heart Failure. *Int J Nurs Knowl*. 2014;25(1):30-8.
8. Fontelles MJ, Simões MG, Almeida JC, Fontelles RG. Metodologia da pesquisa: diretrizes para o cálculo do tamanho da amostra. *Rev Paran Med*. 2010;24(1):57-64.
9. Lopes MVO, Silva VM, Araujo TL. Validation of nursing diagnosis: challenges and alternatives. *Rev Bras Enferm*. 2013;66(5):649-55.
10. Gordon M. *Nursing diagnosis: process and application*. 3 ed. St Louis: Mosby; 1994.
11. Ben-Zacharia AB. Therapeutics for multiple sclerosis symptoms. *Mt Sinai J Med*. 2011;78(2):176-91.
12. Ferreira MB. Cognitive deficits in multiple sclerosis: a systematic review. *Arq Neuropsiquiatr*. 2010;68(4):632-41.
13. Strickland K, Baguley F. The role of the community nurse in care provision for people with multiple sclerosis. *Br J Community Nurs*. 2015;20(1):6-10.
14. Olascoaga J. Quality of life and multiple sclerosis. *Rev Neurol*. 2010;51(5):279-88.

15. Denys P, Phe V, Even A, Chartier-Kastler E. Therapeutic strategies of urinary disorders in MS. Practice and algorithms. *Ann Phys Rehabil Med.* 2014;57(5):297-301.
16. Jerez-Roig J, Souza DLB, Espelt A, Costa-Marína M, Belda-Molina AM. Pelvic floor electrostimulation in women with urinary incontinence and/or overactive bladder syndrome: A systematic review. *Actas Urológicas Españolas.* 2013;37(7):429-44.
17. Rinaldi F, Calabrese M, Grossi P, Puthenparampil M, Perini P, Gallo P. Cortical lesions and cognitive impairment in multiple sclerosis. *Neurol Sci.* 2010;31(2):235-7.
18. Filippi M, Rocca M.A. MRI and cognition in multiple sclerosis. *Neurol Sci.* 2010;31(2):231-4.
19. Giorgio A, De Stefano N. Cognition in multiple sclerosis: relevance of lesions, brain atrophy and proton MR spectroscopy. *Neurol Sci.* 2010;31(2):245-8.

Recibido: 2016-04-27
Aprobado: 2016-05-31

Vinicius Lino de Souza Neto. Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Centro de Ciências da Saúde - Departamento de Enfermagem Campus Central, s/n, Lagoa Nova 59078-970 Natal - RN. Dirección electrónica: vinolino@hotmail.com